



Załącznik nr 2 do Regulaminu

Kołaki Kościelne, dn

OŚWIADCZENIE

do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025
realizowanego przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Kołakach Kościelnych

1. Czy korzysta Pan/i z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych,
o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U.
2024. poz. 1283 z póź. zm.)?
Tak ☐ / **Nie** ☐
2. Czy pobierane jest świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy z tytułu
sprawowania nad Panem/ią opieki?
Tak ☐ / **Nie** ☐
3. Czy korzysta Pan/i z usług środowiskowych domów samopomocy?
Tak ☐ / **Nie** ☐
4. Czy uczęszcza Pan/i na warsztaty terapii zajęciowej?
Tak ☐ / **Nie** ☐
5. Czy korzysta Pan/i z usług świadczonych w ramach programów
współfinansowanych/finansowanych z innych źródeł?
Tak ☐ / **Nie** ☐

Jeśli tak, to z jakich usług?

.....
.....

.....
podpis osoby/uczestnika Programu/opiekuna prawnego